FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N° 1107

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Paul, Jean-Louis KURZENNE

Né le 15 Février 1930 à Jouy-en-Josas (S. & O.)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

DIAGNOSTIC DES TUMEFACTIONS RETROPHARYNGEES CHEZ LE NOURRISSON

Président : Mr. JULIEN-MARIE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Paul, Jean-Louis KURZENNE

Né le 15 Février 1930 à Jouy-en-Josas (S. & O.)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

DIAGNOSTIC DES TUMEFACTIONS RETROPHARYNGEES CHEZ LE NOURRISSON

Président : Mr. JULIEN-MARIE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e^

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . **Jean VERNE**
2e ASSESSEUR . . . . . **Gaston CORDIER**

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DEVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon père.

A ma mère.

A ma femme et à mon fils.

Au Professeur H. BONNET

Meis et Amicis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538128_0021

A Monsieur le Professeur JULIEN MARIE,

Professeur de Pédiatrie Sociale à la
Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur,

Nous remercions notre Maître d'avoir accepté la présidence de cette thèse et de nous avoir prodigué son enseignement pendant que nous étions son externe.

A Monsieur le Professeur Agrégé R. JOSEPH

Nous ne saurions lui être assez reconnaissant de l'enseignement qu'il nous a donné dans son service.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux.

Externat

Monsieur le Docteur MEILLERE
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur LATASTE

Monsieur le Docteur P. UHRY
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur CIRILLI

Monsieur le Professeur P. SOULIE
Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur DEGEORGES
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur M. RIBIERRE

Monsieur le Docteur OMBREDANNE
O.R.L. des Hôpitaux

Monsieur le Docteur BROUTMAN

Monsieur le Docteur J.C. JOB
Médecin des Hôpitaux

Au Docteur Jean COLIN

Au Docteur Georges DESMONTS

DIAGNOSTIC DES TUMEFACTIONS RETROPHARYNGEES

CHEZ LE NOURRISSON

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer et de suivre dans le service de notre Maître le Professeur Agrégé JOSEPH deux cas d'abcès rétropharyngé du nourrisson. Le diagnostic étiologique de ces deux tuméfactions rétropharyngées n'a pas été d'emblée évident et ces difficultés nous ont incités à rechercher quelles pourraient être les autres affections susceptibles de donner de telles tuméfactions rétropharyngées.

Il est certes très classique et toutes les publications le soulignent que le seul diagnostic possible devant une tuméfaction rétropharyngée est celui d'abcès chaud rétro et latéropharyngé. Nous verrons que cette affirmation n'est pas absolument exacte. De plus, il est certain que l'apparition des antibiotiques en a considérablement modifié et la symptomatologie et l'évolution.

L'abcès rétropharyngé de la deuxième enfance, de l'adolescence et de l'adulte le plus souvent est dû à une effraction de la paroi postérieure du pharynx par un corps étranger : arête de poisson, os de gibier, éclat de verre, fragment métallique. C'est la suppuration des espaces celluleux rétropharyngés.

L'abcès rétropharyngé du nourrisson devrait plutôt être appelé adénite suppurée. C'est une suppuration des ganglions lymphatiques rétropharyngés.

HISTORIQUE

L'historique des tuméfactions rétropharyngées est avant tout celle des abcès.

Déjà HIPPOCRATE mentionne les abcès pharyngés dans le chapitre : " Le pronostic" :

" ..... Les angines, qui, du reste, causent à peu près autant de souffrances, mais qui s'accompagnent de gonflements et de rougeurs dans la gorge, sont très funestes; c'est beaucoup moins hasardeux quand la tuméfaction et la rougeur s'extériorisent. La rétrocession sur le poumon cause le délire et il se forme des emphysèmes chez la plupart de ceux qui éprouvent cet accident".

GALIEN, au 2ème siècle, relate un cas qui se présenta à lui et qui se termina par une rupture spontanée. De la façon dont il en parle, il semblerait qu'il ait vu plusieurs exemples de cette sorte. La plupart de ceux-ci finissent très mal.

MORGAGNI (cité par Mac Kenzie) décrit un cas qui se termine par une ouverture spontanée dans la trachée artère.

FLEMING (1840), le premier, fit une étude de l'abcès rétropharyngé et décrit un instrument destiné à l'ouverture chirurgicale de l'abcès.

En France, le Docteur MONDIERE de Loudun, écrivit un mémoire en 1842 sur les abcès rétropharyngés.

LABRIC exposa l'intérêt du toucher pharyngé comme moyen d'exploration de ces tuméfactions pharyngées.

DE SAINT GERMAIN décrit le premier cas qu'il ait vu à la fin de 1892 ne signalant le deuxième que 6 ans après (cités par Mercier).

MERCIER décrit la dyspnée, la dysphagie et le toucher pharyngé. A cette époque, la diffusion des publications est minime : les observateurs ignorent bien souvent les écoles voisines et pourtant l'oeuvre de GILLETTE, en 1867, dépasse les frontières. Sa thèse fait autorité; sa description anatomique du système lymphatique pharyngé et rétropharyngé lui vaut tous les honneurs et en particulier celui de laisser son nom au groupe ganglionnaire rétropharyngé.

Viennent ensuite des descriptions auxquelles il serait difficile d'ajouter quelque chose, si les antibiotiques n'étaient pas venus transformer les caractères cliniques considérés par certains comme pathognomoniques des abcès rétropharyngés. TRUFFERT, AUBRY et LEMARIEY sont les auteurs français qu'il faut citer.

PLAN DE NOTRE ETUDE

L'histoire des abcès rétropharyngés est donc bien connue et la symptomatologie bien précisée. Nous rappellerons tout d'abord les principaux éléments de cette symptomatologie classique, clinique et radiologique, après avoir étudié succintement l'anatomie de la région, qui éclaire bien certains caractères symptomatiques particuliers.

Chez le nourrisson l'adénite inflammatoire bénigne rétropharyngée précède la suppuration. Radiologiquement visible, cette adénite est très souvent muette cliniquement.

Sans traitement, l'adénite peut suppurer. Les signes cliniques explosent. L'état général est alarmant et bien souvent le diagnostic n'est pas encore fait.

Devant la gravité de la situation, le nourrisson est transporté à l'hôpital. L'examen est rigoureux; l'enfant est bien tenu; l'éclairage est judicieux; la clé du drame apparait dans le pharynx. Sa paroi postérieure est bombée, tuméfiée avec dissymétrie. Le coup de bistouri qui libèrera le pus est dangereux, soit qu'il touche la carotide toute proche, soit que la mort survienne subitement sans qu'aucune explication ne vienne satisfaire notre esprit curieux.

Dans l'arsenal de la thérapeutique les antibiotiques ont heureusement fait leur apparition, et les abcès rétropharyngés disparaissent des services hospitaliers.

Mais le tableau est loin d'être toujours évocateur et un traitement antibiotique insuffisant ou trop court modifie la situation de telle façon que l'abcès rétropharyngé refroidi va poser des problèmes de diagnostic étiologique difficiles à résoudre.

Les deux observations que nous avons pu étudier dans le service du Professeur Agrégé Joseph illustrent bien ces difficultés et nous ont amenés à rechercher les autres étiologies possibles. Nous résumerons donc ensuite quatre observations particulièrement intéressantes de tumeurs rétropharyngées : sympathoblastome, lymphangiome kystique, lipome et lymphosarcome

ANATOMIE

L'étude de l'anatomie de l'espace rétropharyngé est essentielle pour comprendre certaines particularités des tuméfactions évoluant dans cet espace.

Nous empreinterons à WEINTRAUB et IGLAUER (1940) l'étude anatomique et anatomoclinique de l'espace rétropharyngé. Celui-ci change d'aspect et de volume au cours de l'évolution de l'adénite inflammatoire qui, de simple au début, suppure dans un deuxième temps si aucun traitement ne vient interrompre son évolution.

Les études de WEINTRAUB et IGLAUER sont doubles. Dans un premier temps, WEINTRAUB a réalisé des coupes horizontales en série au microtome de la région cervicale du nouveau-né, comprise entre la base du crâne et le niveau du cartilage cricoïde. Dans un deuxième temps, et toujours chez le nouveau-né, ces deux auteurs concrétisent sur des plaques radiosensibles les espaces virtuels rétropharyngés injectés post-mortem avec une substance opaque aux Rayond X.

A - ETUDE HISTO-ANATOMIQUE

L'espace situé en arrière de la paroi musculaire postérieure du pharynx est composé de trois compartiments d'avant en arrière :

- deux compartiments symétriques pairs juxtaposés sur la ligne médiane; ce sont les espaces péripharyngés droit et gauche;

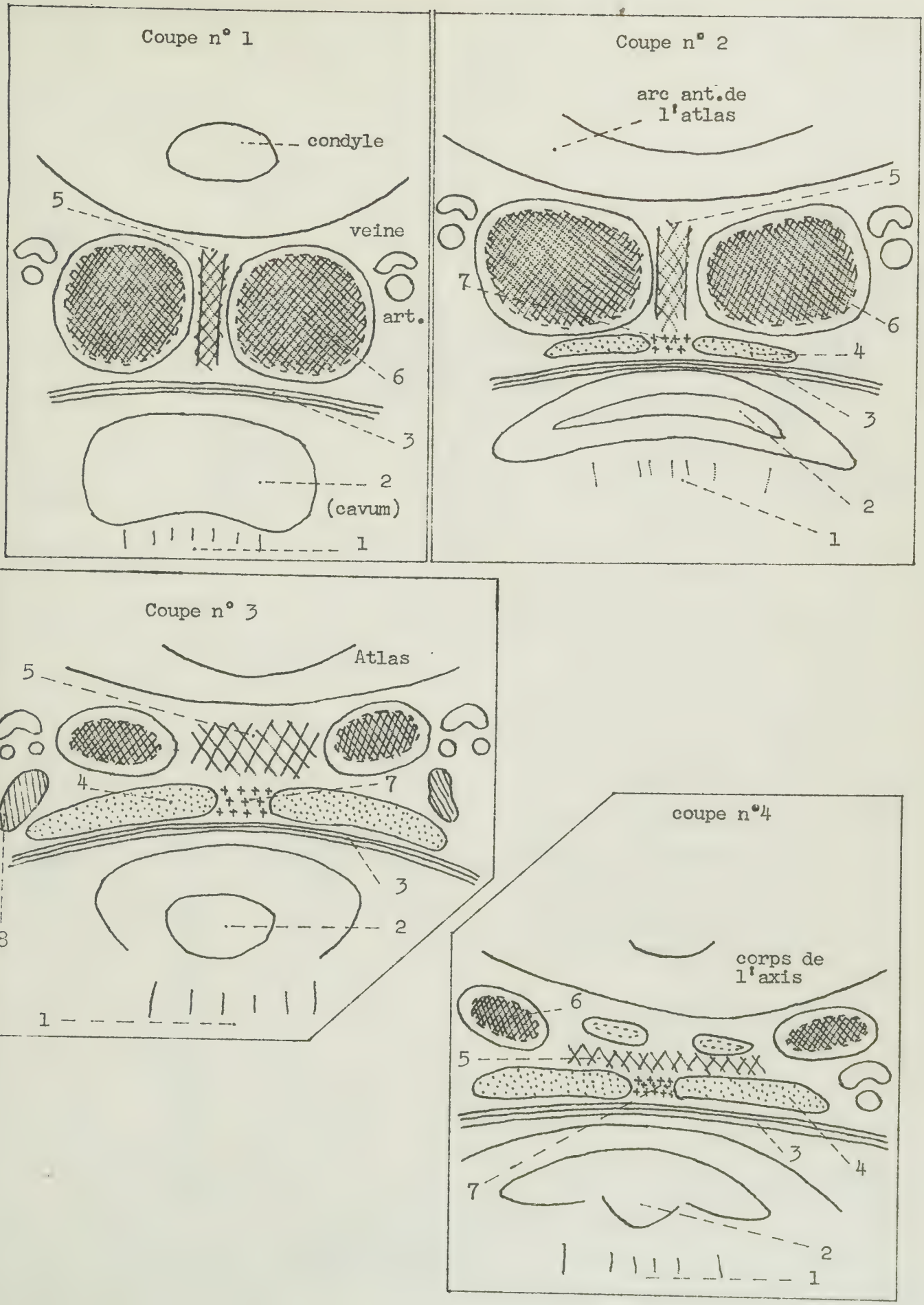
- un compartiment impair médian : l'espace post-viscéral.

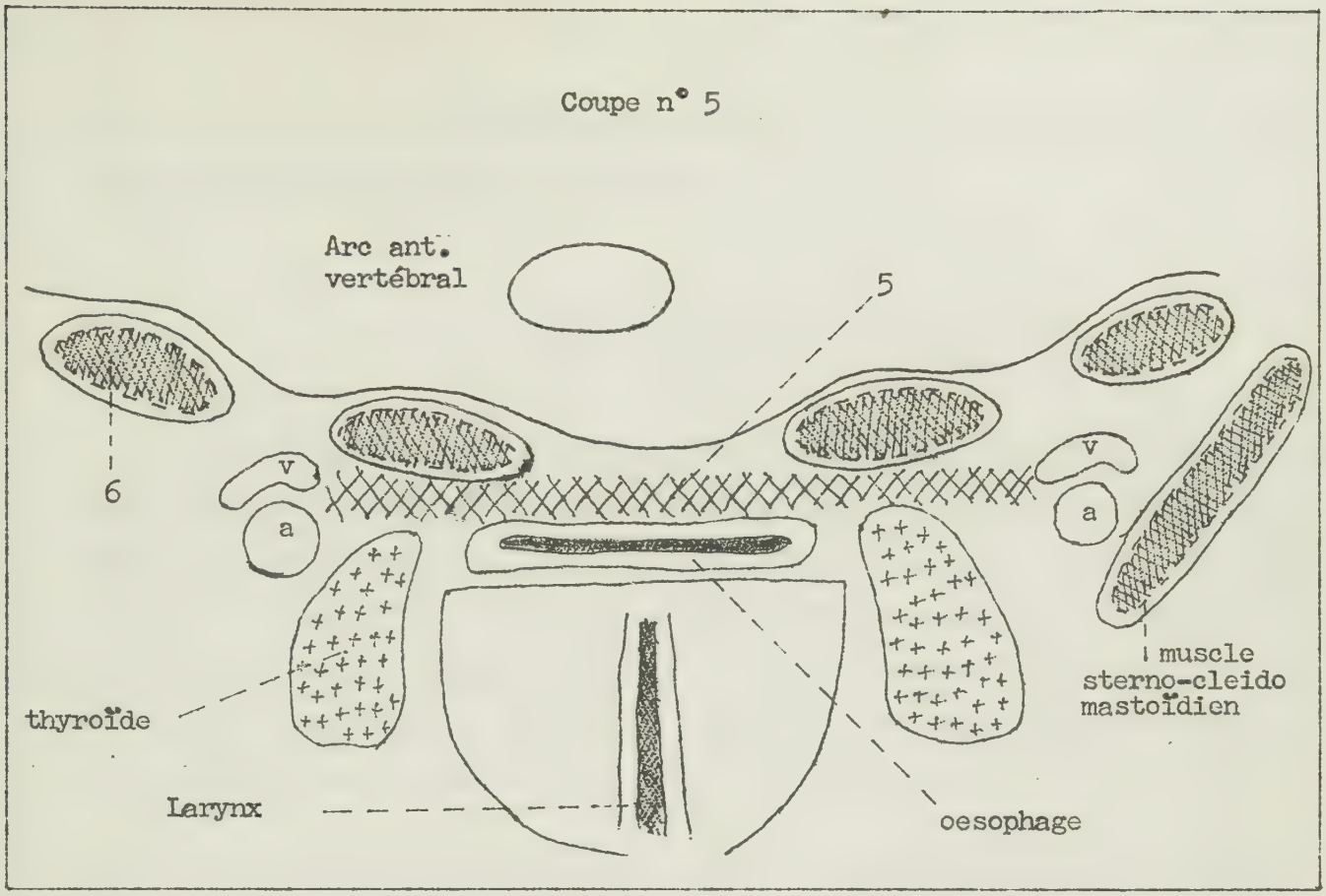
Ces trois espaces formés d'un tissu celluleux lâche, très peu vascularisé, sont limités en avant par la paroi postérieure du pharynx, en arrière par les muscles prévertébraux, puis les vertèbres cervicales, en haut, par la base du crâne;en bas, les espaces péripharyngés se terminent au niveau du cartilage cricoïde latéralement avec les paquets vasculo-nerveux et le sympathique cervical. Ce tissu celluleux est en continuité avec le tissu conjonctif plus dense entourant les parois de cet espace rétropharyngé : Muscles, vaisseaux et nerfs. L'espace post-viscéral se poursuit dans le médiastin postérieur par l'espace rétro-viscéral.

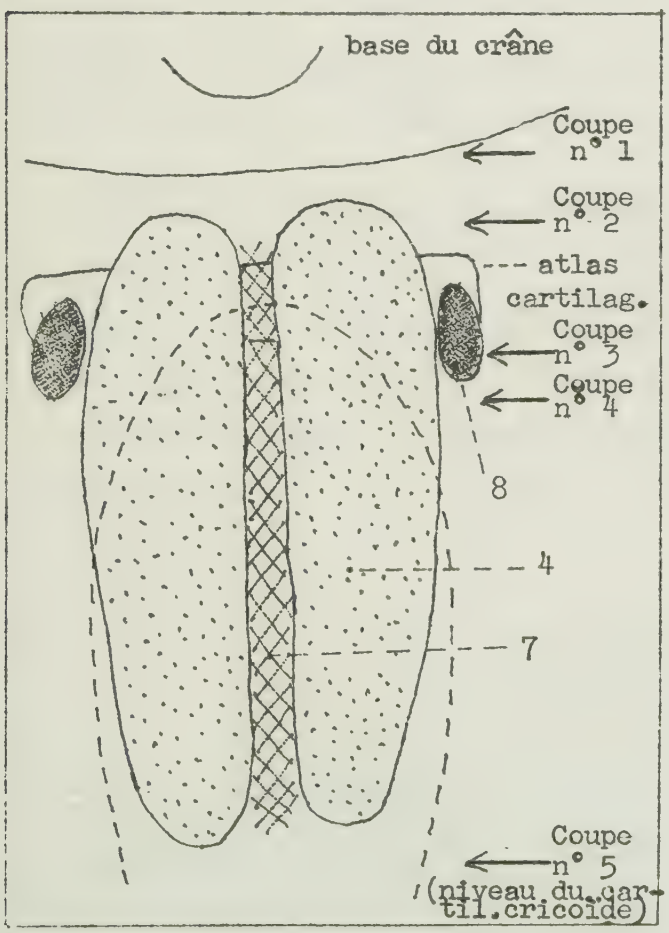
Ces trois compartiments : les 2 péripharyngés et le post-viscéral ont une cavité virtuelle propre à chacun d'eux. (Les schémas n'ont qu'une valeur explicative et ne veulent montrer que les rapports des différents éléments décrits).

Les ganglions lymphatiques forment 3 groupes : un groupe médian et 2 groupes latéraux. Chaque groupe latéral comprend 2 à 3 ganglions lymphatiques situés dans le tissu celluleux au contact du paquet vasculo-nerveux et en dedans de lui. Ces ganglions restent au contact du paquet vasculo-nerveux, adhérents à lui par de fines cloisons conjonctives. Ils ne suivent pas les mouvements de glissement existant au cours de la déglutition ou de la respiration. Le groupe latéral, au niveau de l'articulation Atlas, Axis est situé en haut et en dehors de l'espace péripharyngé homologue, dans cette loge comprise entre l'espace péripharyngé et l'artère carotide.

Le groupe lymphatique médian n'est pas constant, mais il peut se rencontrer chez l'enfant. Que drainent ces groupes ganglionnaires ?
Ils reçoivent les canaux des cavités nasales, du pharynx (végétations adénoïdes comprises), de la fosse de Rosenmuller, de la trompe d'Eustache et de l'oreil-


Coupe n° 1
condyle
5
veine
art.
6
3
2
(cavum)
1
Coupe n° 2
arc ant.de
l'atlas
5
7
6
4
3
2
1
Coupe n° 3
Atlas
5
4
7
3
2
8
1
coupe n°4
corps de
l'axis
6
5
3
4
7
2
1





Langue.....	1
Cavité pharyngée....	2
Paroi post.pharynx..	3
Espaces péripharyngés	4
Espace postviscéral.	5
M. prévertébraux...;	6
Septum fibreux.....	7
Ganglion lymphatique	8

Cinq coupes horizontales du pharynx du nourrisson.

(d'après WEINTRAUB).

le moyenne. Des ganglions rétropharyngés partent des canaux, qui se dirigent vers la chaine lymphatique carotidienne.

B - ETUDE RADIOLOGIQUE POST-MORTEM

L'injection de produits opaques aux rayons X dans un espace péripharyngé permet de créer expérimentalement une tuméfaction rétropharyngée fort comparable à celle d'un abcès. Elle en a le volume et la topographie. Radiologiquement elle a l'aspect d'une saucisse prévertébrale occupant ce qui était la cavité virtuelle de l'espace péripharyngé injecté. Ses limites sont celles-ci : en haut, la base du crâne, en bas, le niveau du cartilage cricoïde, en dedans la ligne médiane, en dehors, le paquet vasculo-nerveux.

Eclaircissons un peu ce résultat : les mouvements de l'espace rétropharyngé au cours de la déglutition et de la respiration se font au niveau des espaces péripharyngés et post-viscéral sous forme de glissement de ce tissu celluleux lâche, feuillet contre feuillet.

Le produit injecté dans ces espaces décolle facilement ces plans celluleux mais il ne dépasse pas les limites anatomiques et histologiques décrites plus haut. N'est-ce pas apporter la démonstration expérimentale de l'existence des cavités virtuelles de l'espace rétropharyngé ? Ne pourrait-on pas parler d'unité fonctionnelle comparable mécaniquement à ces bourses séreuses intertendineuses ?

C - L'ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

L'étude anatomo-clinique vient confirmer ce que l'histologie et l'étude radiologique post-mortem nous apprenaient.

Nous ne raisonnerons que par rapport à un abcès se développant dans l'espace rétropharyngé.

L'abcès rétropharyngé se collecte derrière la paroi postérieure du pharynx, dans l'espace dit rétropharyngé. Il est palpé d'un seul côté du pharynx par rapport au plan médian sagittal. Il s'étend en haut derrière les choanes. Il se prolonge en bas jusqu'au carrefour pharyngo-laryngé. Connaissant la facilité qu'ont toutes les suppurations de diffuser dans les espaces celluleux adjacents, il est curieux de constater que l'abcès rétropharyngé ne diffuse qu'exceptionnellement dans le médiastin postérieur; nous le verrons au cours des complications des abcès rétropharyngés.

Le volume occupé par l'abcès correspond au siège de l'espace péripharyngé, soit droit, soit gauche.

Insistons sur la distinction existant entre les espaces péripharyngés et l'espace post-viscéral; l'abcès localisé dans l'espace péripharyngé ne diffuse ni dans le médiastin postérieur, ni dans l'espace péripharyngé adjacent. On comprend volontiers que l'espace péripharyngé soit la localisation anatomique d'un abcès rétropharyngé fermé.

En conclusion : si un ganglion de Gillette s'infecte, l'extension de l'infection est limitée latéralement par le paquet vasculo-nerveux, en haut par le rocher, en arrière par les vertèbres et les muscles longs du cou.

Par contre, les points de moindre résistance sont en avant vers la musculature du pharynx, et en bas et en dedans dans l'espace péripharyngé, d'autant plus que le petit amas graisseux situé au-dessous du ganglion favorise l'extension de l'infection vers le bas.

L'extension antérieure s'exprime par le bombement de la paroi postérieure du pharynx. L'extension inférieure s'exprime par un prolongement de la tuméfaction assez bas jusqu'au niveau du cartilage cricoïde soit au carrefour pharyngo-laryngé, visible seulement à la laryngoscopie directe.

ETUDE CLINIQUE DES ABCES RETROPHARYNGES

A - L'ADENITE RETROPHARYNGEE

Avant l'ère des antibiotiques, il semblait facile pour l'observateur averti de diagnostiquer un abcès rétropharyngé, de poser l'indication de l'incision devant un tableau clinique qui ne souffrait aucune discussion. Il nous a semblé intéressant de préciser le tableau clinique et radiologique de l'adénite inflammatoire rétropharyngée non suppurée qui précède justement ce stade de suppuration aux caractères cliniques évidents.

La clinique ne nous apportera que des éléments banaux qui sont le début de l'infection du nez, du cavum, des trompes d'Eustache, de l'oreille moyenne : le coryza, l'enchiffrènement, une coulée purulente sur la paroi postérieure du pharynx, un tympan congestif parcouru de petits vaisseaux apportant à l'oreille moyenne les armes nécessaires à sa défense. Le drainage lymphatique s'est accru. Les ganglions lymphatiques rétropharyngés sont gorgés de cellules inflammatoires et de débris microbiens. Ils augmentent de volume, mais insuffisamment pour que la dissymétrie de la paroi postérieure du pharynx soit visible.

Or, la radiographie vient apporter des renseignements fort précieux sur cette adénite. RHETT et RATHBONE (1940) en ont fait une étude fort intéressante.

Les critères de la prise des clichés radiologiques sont précis.

Il faut que les temps de pose soient assez courts, de 1/20 à 1/40 de seconde, pour éviter le flou dû aux mouvements respiratoires toujours rapides de l'enfant.

Ces clichés doivent être pris au moment de l'inspiration, car les mouvements respiratoires viennent transformer l'épaisseur des tissus de l'espace rétropharyngé. La mesure faite au niveau de la 2ème vertèbre cervicale donne pour des enfants de 0 à 1 an, des chiffres extrêmes de :

- 11,5 millimètres et 7 millimètres.

Un bon moyen de savoir si les clichés ont de la valeur, est de mesurer la largeur de l'espace aérien pharyngé. Il doit avoir au moins 15 millimètres; s'il mesure moins, on peut affirmer que le cliché n'est pas pris en inspiration. Au cas où la tuméfaction rétropharyngée oblitère l'espace aérien, on voit la base de la langue repoussée en avant.

Sur les 9 cas présentés de 0 à 1 an, 5 étaient hospitalisés pour dyspnée et cyanose mises sur le compte d'un gros thymus.

Sur les radiographies standard de face et de profil, il n'y avait pas de thymus visible; par contre, on voyait une tuméfaction rétropharyngée sur le cliché centré sur la deuxième cervicale. Cliniquement pas de dissymétrie de la paroi postérieure du pharynx, pas de fluctuation au toucher.

Trois cas étaient hospitalisés pour une otite moyenne et un autre pour une rhinopharyngite banale. Ils présentaient à la radiographie une augmentation de l'épaisseur de l'espace rétropharyngé. A la palpation pas de fluctuation.

Le traitement préconisé par les auteurs était la radiothérapie. Aujourd'hui les antibiotiques sont venus transformer la gravité et la fréquence des adénites rétropharyngées et de leur complication : la suppuration, c'est classiquement, l'abcès rétropharyngé.

B - L'ABCES RETROPHARYNGE

Il peut paraître surprenant de ne pas considérer l'abcès rétropharyngé comme un problème purement oto-rhino-laryngologique. En effet, le pédiâtre et le généraliste sont les premiers évidemment à voir le tout début d'un abcès en formation. Ils doivent donc connaître cette éventualité, en faire le diagnostic tôt pour laisser ensuite au spécialiste de la gorge le choix de la thérapeutique.

Toutes les publications relatives aux abcès rétropharyngés signalent de nombreuses erreurs de diagnostic.

Erreurs par défaut : Exemple = 29 des 162 cas de RICHARDS étaient soit: pneumonie, amygdalite, obstruction laryngée, oreillons, torticolis, diphtérie, corps étranger, adénoïdite, méningite.

Erreurs par excès : GUTHRIE cite la tuméfaction rétropharyngée provoquée par l'apophyse transverse de la 2ème vertèbre cervicale qui peut être vue derrière l'amygdale homologue, quand la tête est fortement tournée vers l'épaule de l'autre côté. Mais dans ce cas, la tuméfaction a alors au toucher une consistance très dure, de bois.

Pourquoi les erreurs de diagnostic sont-elles si fréquentes ?
Parce que le pharynx n'a pas été ou a été mal examiné.

Le nourrisson doit être bien tenu, sans brutalité, mais avec fermeté. On utilisera un abaisse-langue en bois. On terminera par un toucher pharyngé, doux, minutieux et surtout rapide qui explorera la paroi postérieure du pharynx, puis les végétations adénoïdes.

a - Fréquence

Les abcès rétropharyngés se rencontrent surtout dans la première année de la vie : ils représentent 60 à 70 % des cas publiés.

La fréquence des abcès rétropharyngés était faible avant les antibiotiques : sur 73,000 admissions au Saint Louis Children's Hospital et au Toronto Hospital, il n'y a eu que 94 abcès soit 0,13 % (Herman).

Pour un autre groupe d'hôpitaux d'enfants : 155 cas pour 88.849 admissions (Rainer).

LE MARIEY, dans un service d'O.R.L. infantile note 46 cas de 1921 à 1945.

Depuis les antibiotiques, ils sont encore plus rares. HERMAN ne trouve que deux autres cas (à 7 semaines et à 24 mois), pour les 10 années qui suivent 1949 dans deux hôpitaux. LEMARI EY note 12 cas de 1945 à 1955. Dans le service de Monsieur OMBREDANNE à l'hôpital des Enfants Malades, de 1956 à 1962 on ne retrouve que 6 cas dont un seul en-dessous de un an. Nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas dans le service du Professeur JOSEPH.

b - Sexe

On retrouve l'abcès rétropharyngé avec une fréquence identique dans les deux sexes.

C - SYMPTOMATOLOGIE

I - FONCTIONNELLE

Après que l'adénite reste méconnue apparait le premier symptome de l'abcès rétropharyngé : la dysphagie.

Après quelques mouvements de déglutition le nourrisson lâche très vite la tétine ou le sein; il rejette la tête en arrière et il crie. Le lait reflue par les narines, provoquant toux, vomissements et cyanose. Tout ce tableau

n'empêche pas l'enfant d'avoir faim et de réclamer encore son biberon. Moins fréquemment, mais déjà, on peut observer un torticolis inflammatoire prévertébral du type syndrome de Grisel. C'est une contracture douloureuse des muscles pharyngés qui arrache des cris à l'enfant dès qu'on tente de l'assoir ou de lui mobiliser la tête (Richard, Rainer, Towsend, Lemariey).

Le deuxième symptome est un peu plus tardif : c'est la dyspnée; c'est un cornage inspiratoire progressif, continu, réhaussé d'accès de spasmes glottiques.

L'abcès peut débuter par un spasme laryngé. C'est en général une forme très basse dans laquelle les signes laryngés sont précoces et riches : voix rauque, graillante, avec un tirage progressif de compression. Seule la dysphagie concommittante peut faire penser à l'abcès rétropharyngé (LEMARIEY).

II - GENERALE

Parallèlement aux signes fonctionnels et prenant le pas sur eux les signes généraux sont graves. La température est élevée, oscillante; l'enfant pâlit, perd du poids et se cachectise.

III - PHYSIQUE

a - L'examen du pharynx. Il impose le diagnostic. Il doit être pratiqué avec d'infinies précautions. Les accidents brusques mortels sont possibles (Sachnine). La voussure apparaît, soulevant la muqueuse prévertébrale, plus ou moins rouge et oedématiée, le plus souvent latéralisée refoulant le pilier postérieur et l'amygdale directement en avant. Le toucher pharyngé fournit des renseignements plus précieux que la vue. La collection a le volume d'une noix tantôt dépressible et fluctuante, tantôt tendue et rénitente.

b - L'examen du cou. Permet de retrouver une adénopathie uni ou bilatérale mais prédominant toujours du côté de l'infection. C'est une adénopathie inflammatoire non spécifique qui peut être observée à tous les stades de l'inflammation de l'adénite simple à l'adénite suppurée. Ce signe est retrouvé très fréquemment. Greenwald a constaté ce signe 55 fois sur les 55 cas publiés; pour Deering c'est un des signes cardinaux de l'abcès rétropharyngé.

IV - LARYNGOSCOPIE

La laryngoscopie directe permet de limiter avec précision cette tuméfaction et de juger de son extension vers le bas.

V - LA RADIOGRAPHIE

Nous ne reviendrons pas sur l'épaississement de la région prévertébrale rétropharyngée.

Il est intéressant pourtant de noter un fait : la contracture musculaire prévertébrale de défense antalgique est telle que la cavité de l'abcès ait une capacité maximum; il en résulte que la lordose physiologique disparait. Elle fait place ou bien à une rectitude de la colonne cervicale ou bien à une cyphose. C'est le syndrome de Grisel. Il comporte classiquement une subluxation de C2 sur C3. Ce fait est une image radiologique; il n'a aucune expression clinique ni neurologique particulière.

VI - SIGNES BIOLOGIQUES

- La leucocytose avec polynucléose est habituelle dans tous les abcès; il y a aussi une légère anémie.

- Les germes rencontrés sont habituellement le staphylocoque et le streptocoque. Jamais ne sont signalés d'abcès tuberculeux avant l'âge de un an.

- Par contre, le bacille de Calmette et Guérin est responsable de quelques abcès rétropharyngés. Nous en avons trouvé trois dans la littérature. Ils sont trop intéressants pour n'être pas détaillés.

α - Kostic-joksik en publie deux.

La vaccination par le B.C.G. est faite à la naissance par la voie orale. La dyspnée et l'augmentation de volume des ganglions cervicaux inquiètèrent à 4 mois dans un cas, à 6 mois dans l'autre. L'incision a été pratiquée dans un cas. Le pus contient des bacilles acido-alcoolo résistants. Ils sont inoculés aux animaux de laboratoire. Ceux-ci ne présentent pas de tuberculose évolutive, Leur réaction cutanée à la tuberculine est très positive.

β - Bourgeois publie le cas d'un enfant de six mois qui est venu d'Abbeville pour une dysphagie et une dyspnée d'allure progressive évoluant depuis deux à trois mois s'accompagnant d'un état cachectique impréssionnant : l'enfant ne pèse plus que son poids de naissance. La gêne respiratoire et la gêne à la déglutition sont pratiquement absolues. Le cornage est permanent. Il existe des adénopathies cervicales et carotidiennes très volumineuses. L'examen du pharynx révèle une grosse masse rétropharyngée soulevant la muqueuse qui est intacte. La palpation donne une impression de rénitence très nette. La ponction ramène 15 à 20 cc de pus jaune mal lié contenant des bacilles alcoolo- et acido-résistants.

L'enfant a reçu le vaccin de Calmette et Guérin dès sa naissance et par la voie buccale. Le pus envoyé à l'Institut Pasteur a été inoculé à des souris qui n'ont pas présenté de lésion tuberculeuse.

Le diagnostic d'abcès dû au B.C.G. aété fait sur :

- l'isolement des bacilles,
- la notion de vaccination per os dès la naissance.

Enfin, une évolution qui a été très bonne.

D - EVOLUTION

A - L'ABCES NON TRAITE

I - Evolution subaiguë.

Un abcès rétropharyngé méconnu entraine une cachexie progressive et la mort. Soit encore des accidents septiques avec localisations multiples et suppurations trainantes.

II - Evolution aiguë.

Ou bien l'abcès s'ouvre spontanément avec les conséquences possibles de mort subite, d'inondation broncho-pulmonaire et d'asphyxie. Ou bien il ne s'ouvre pas et provoque l'asphyxie d'une façon mécanique.

Ou bien il rompt les cloisons des espaces péripharyngés et diffuse alors à travers les tissus du cou avec un grand tableau toxi-infectieux.

Ou bien on assiste aussi à la suppuration des ganglions cervicaux avec les conséquences que cela comporte; c'est-à-dire le plus souvent une communication entre les deux foyers de suppurations. L'abcès cervical peut être considéré comme primaire si l'abcès rétropharyngé n'est pas reconnu; il est alors incisé, la suppuration persiste, ne guérit pas et l'état général reste aussi mauvais. Quand on découvre l'abcès rétropharyngé, il faut inciser

celui-ci; la pression sur l'abcès cervical entraine une issue de pus par l'incision pharyngée (DEERING - CLARCK BARICH).

B - L'ABCES TRAITE

I - Sans les antibiotiques

L'abcès au stade de ramollissement doit être incisé. Certains auteurs préconisent la ponction; elle permet d'isoler le germe responsable. L'intervention n'est pas sans péril : tête déclive, corps incliné, un abaisse-langue aspirateur insinué dans le pharynx évite l'inondation subite des voies aériennes inférieures lors de l'incision. Incision au bistouri dont la lame est engainée de leucoplaste afin de n'en laisser découverte que la pointe/ Cette incision est faite au maximum de voussure et est prolongée en bas de 2 cm.

L'irruption du pus est subite et abondante autant l'hémorragie est insignifiante. La rétention séro-hématique est fréquente, on débride l'incision trop tôt refermée avec une sonde cannelée.

II - Avec les antibiotiques .

Avant même de soupçonner l'existence d'un abcès rétropharyngé, devant le tableau d'enfant fièvreux, présentant un écoulement purulent des narines, rares sont les médecins qui ne prescrivent pas un ou deux antibiotiques; l'abcès est alors refroidi. Le stade de crudité et celui de ramollissement méritent les antibiotiques; le traitement chirurgical ne peut être prescrit que lorsque la tension du pus entraine une dysphagie et une dyspnée très importante.

E - COMPLICATIONS AU COURS DU TRAITEMENT

I - LA MORT SUBITE

Tous les auteurs signalent des morts subites, soit au cours de l'examen, soit au cours de l'incision. Cette mort subite réflexe est inexplicable. Les hypothèses sont toutes fort variées et signent notre ignorance : décompression du sympathique cervical, proximité du glomus carotidien, réflexe vagal ? (SACHNINE - KLOS - LEMARIEY).

II - LES HEMORRAGIES

Elles sont la conséquence de l'incision. Elles surviennent immédiatement après. C'est le geste trop large du chirurgien qui en est la cause. Il blesse, soit l'artère carotide interne, soit exceptionnellement l'artère vertébrale.

C'est une hémorragie massive, le traitement doit être immédiat ; c'est la ligature de la carotide. LIFSHUTZ signale 4 guérisons sur 23 hémorragies ligaturées. IRA FRANCK signale 2 cas avec décès malgré la ligature de l'artère.

PROBLEMES POSES PAR L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES

Si les antibiotiques sont venus transformer très rapidement l'état général et les signes infectieux, ils transforment aussi très vite l'état local de l'abcès rétropharyngé qui n'a plus ses signes réputés pathognomoniques (LEMARIEY) qui conduisaient immanquablement au diagnostic. C'est ce qu'illustre bien nos observations personnelles.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous allons décrire les deux observations que nous avons pu suivre dans le service de Monsieur le Professeur Agrégé JOSEPH, à l'hôpital des Enfants-Malades. Ces deux malades ont été adressés dans le service par le Docteur J. Leveau de Troyes, que nous tenons à remercier pour les documents qu'il nous a communiqués.

OBSERVATION N° 1

M. Jezabel, née le 4.6.1960, poids de naissance : 3.500 gr. Antécédents obstétricaux et familiaux normaux. La mère consulte pour son enfant, âgé de un mois pour : dyspnée et dysphagie. Ces signes sont apparus progressivement, ne s'accompagnant d'aucune fièvre ni vomissements. La toux apparait à son tour; la courbe de poids est stationnaire.

Jezabel est hospitalisée à Troyes, elle a 5 mois 10 jours. Elle tousse; elle a une gêne respiratoire, un petit encombrement, pas de fièvre; elle pèse 5.300 gr. A l'examen le faciès parait un peu fatigué; on observe une dyspnée assez importante avec un tirage sous-costal et un cornage. La percussion des poumons est normale, leur auscultation révèle quelques ronchus et sibillants dans les deux champs pulmonaires, prédominants aux sommets. L'abdomen, le coeur, le système nerveux, le squelette sont cliniquement normaux. La radiographie pulmonaire est normale ainsi que l'examen O.R.L.

Au 4ème jour, elle reçoit 1.000.000 U Pénicilline (2 jours)

Au 6ème jour, son teint est un peu gris, elle a de la diarrhée et des vomissements. Elle reçoit en perfusion intra-veineuse : Pénic. 1 mill. U.

Streptomycine : 0,25 gr.; per os, on lui donne 500.000 U. de colimycine. (pendant 4 jours). Son état s'aggrave, elle est transférée dans le service du Professeur Joseph.

Le 24 XI 1960, Jezabel est une petite fille de 5 mois 20 jours, pesant 4.900 gr, mesurant 61,5 cm. Elle n'a pas de fièvre, le rythme respiratoire est à 60 par minute. Pas de cyanose, pas de battements des ailes du nez, mais un tirage sous-costal net et uncornage sont notés. Elle ne sait pas respirer par le nez, mais on ne voit pas d'obstruction nasale. Elle prend ses biberons sans trop de difficultés; elle ne semble pas souffrir. L'auscultation révèle quelques râles buleux dans les deux champs pulmonaires. Le thorax est très ouvert à sa base. L'abdomen est proéminent, les muscles abdominaux sont flasques et minces ne se contractant pas. Il existe un diastasis important des muscles grands droits. Le foie déborde de 1 travers de doigt sans reflux hépato-jugulaire. Le rythme cardiaque est à 140, on sent battre les artères fémorales. Le tonus des quatre membres est faible; les réflexes ostéo-tendineux sont normaux. La fontanelle antérieure mesure 3 cm sur 3 cm. Le périmètre crânien est de 40 cm. Les aires ganglionnaires sont normales.

L'examen O.R.L. (Mr. BROUTMAN) fait découvrir avec surprise l'existence d'une masse latéro et rétro-pharyngée gauche, allongée en fuseau et descendant jusqu'au larynx; la palpation perçoit une tuméfaction molle sans choc en retour. Une ponction est faite sur le champ. L'enfant la supporte très bien. Elle ramène une goutte d'un liquide épais et roussâtre.

Biologie : le 26.XI : 4.750.000 hématies; Hb. 92 %. Leucocytes : 6.800

Neutrophiles : 26
Eosinophiles : 1
Lymphocytes : 71
Monocytes : 0
Plasmocytes : 2

Uroculture et coproculture négatives.

Radiologie : en inspiration, l'épaisseur rétropharyngée prévertébrale est de 15 mm. Pas de calcification visible.

Traitement : Pénic. 2 millions U. Streptomycine : O,25 gr.; Chloramphénicol : 0,250 gr.

Le 29 et le 30.XI on assiste à l'augmentation du volume de la masse rétropharyngée, avec apparition d'une tuméfaction comblant la zone située en arrière de l'angle de la mâchoire gauche sans que l'on puisse parler d'adénopathie. A son niveau la peau est de couleur normale; la palpation n'est pas douloureuse, il n'y a toujours pas de fièvre. Le toucher rectal est normal.

La culture du liquide de ponction isole un staphylocoque doré sensible au chloramphénicol.

Les réactions tuberculiniques sont négatives

L'E.C.G. est normal.

Les radiographies cervicales nouvelles de profil montrent en plus de l'augmentation d'épaisseur de l'espace mou pré-vertébral une concavité antérieure de la colonne cervicale. Les trous de conjugaisons sont normaux. L'U.I.V. est normale. Le lavement baryté est normal.. Le squelette est normal.

La laryngoscopie directe (Mr. Broutman) montre une glotte normale, la sous-glotte également. La tuméfaction rétro-pharyngée latéralisée à gauche descend jusqu'au sinus piriforme.

Au 10ème jour du traitement, elle prend bien ses biberons; elle ne présente plus de dyspnée, la tuméfaction rétropharyngée commence à diminuer de volume.

Hématies : 4.410.000 - Leucocytes : 7.800 - Hb : 90 %

Neutrophiles : 33
Eosinophiles : 1
Lymphocytes : 62
Monocytes : 4

La radiographie en inspiration du cou de profil montre une épaisseur des tissus mous pré-vertébraux de 12 mm.

Au 15ème jour, l'épreuve thérapeutique aidant, le diagnostic d'abcès refroidi par les premières doses d'antibiotiques se confirme. L'apyrexie se maintient.

Au 20ème jour, le traitement est suspendu. L'état général est bon. L'examen du pharynx est normal. Elle sort quatre jours après.

Elle est revue un mois après sa sortie. L'examen clinique est normal. La radiographie de la colonne cervicale est normale.

En conclusion : abcès rétropharyngé dont les syndromes clinique et biologique ont été complètement modifiés par le traitement antibiotique jusqu'à simuler une tumeur non inflammatoire.

OBSERVATION N° 2

Ghislaine D. née le 24.1.1961 ; poids de naissance : 4 kg. C'est le 3ème enfant d'une famille de l'Aube. Grossesse et accouchement normaux. Au 4ème jour de la vie, apparition d'une conjonctivite de l'oeil gauche.

Au 8ème jour, conjonctivite et rhinorrhée gauche.

Au 10ème jour : elle sort de la clinique obstétricale; elle pèse 3820 gr.

Au 13ème : l'enfant présente une diarrhée; apyrexie; elle reçoit un traitement symptomatique. Rhinorrhée identique.

Au 23ème jour : début de la dyspnée et de la dysphagie; respiration bruyante et difficultés pour terminer ses biberons. Début des vomissements.

Au 30ème jour ; elle pèse 3.790 gr; température à 38°.

La dyspnée s'est accentuée progressivement. Parfois des accès de pâleur surviennent après les biberons. Les vomissements sont répétés. Oracilline et tétracyne sont prescrits par un médecin.

Au 32ème jour : les parents consultent à l'hôpital de Troyes (Dr. Leveau) Une masse latéro et rétro-pharyngée est découverte à gauche. L'enfant est transférée aux Enfants-Malades dans le Service du Professeur Joseph.

Le 26.2.1961. Au 33ème jour : c'est une fille en assez bon état général; sans fièvre, prenant ses biberons avec quelques difficultés mais les finissant tous. La dyspnée est modérée à 50 par minute avec un tirage surtout sus-sternal et un cornage. La respiration nasale est difficile mais possible. Il n'y a pas d'imperforation choanale. Une rhinorrhée purulente importante existe à la narine gauche; il n'y a rien à droite. La conjonctive de l'oeil gauche suppure.

Dans la région cervicale gauche, on sent une masse polylobée qui semble formée de plusieurs ganglions.

L'examen du pharynx révèle une tuméfaction importante de la paroi postérieure et latérale gauche du pharynx qui semble descendre assez bas.

Au toucher buccal : cette tuméfaction est ferme, rénitente mais pas très dure.

La cage thoracique est aplatie latéralement avec une saillie de la partie supérieure du sternum en avant et une dépression sous-mamaire. L'auscultation pulmonaire révèle de gros bruits transmis dans les deux champs pulmonaires. Le coeur est normal; le foie déborde de un petit travers de doigt; la rate n'est pas palpable; les organes génitaux sont normaux. La palpation des os est normale, crâne compris, la fontanelle antérieure n'est ni tendue ni déprimée, les réflexes archaïques sont normaux.

En conclusion, il semble plutôt s'agir d'une infection des voies aériennes supérieures localisée à gauche avec un abcès rétro-pharyngé et ganglions lymphatiques cervicaux inflammatoires satellites.

L'examen O.R.L. (Mr. Broutman) montre l'existence d'une tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx du côté gauche. Au toucher, cette tuméfaction parait descendre très bas jusqu'au carrefour pharyngo-laryngé. Elle est molle rénitente et fait penser à un abcès. Une ponction est faite sur le champ. Elle ramène une seule goutte de pus.

Examens biologiques : hématies : 4.600.000; Hb : 100 %

Leucocytes : 8.500	
Neutrophiles	37
Eosinophiles	3
Lymphocytes	53
Monocytes	7

La culture du prélèvement pharyngé isole un staphylocoque pathogène. la culture des sécrétions nasales donne la même germe.

Examen radiologique . Les radiographies de la colonne cervicale de profil donnent une épaisseur de 20 mm de l'espace mou pré-vertébral au niveau de la 2ème vertèbre cervicale. (en inspiration) Il n'y a pas de calcification visible.

Le traitement comprend de la Pénicil. et de la Streptomycine.

Au 38ème jour : Après 5 jours de traitement, la masse rétropharyngée est très volumineuse et de consistance ferme et dure. Le bloc ganglionnaire est le même. Toujours pas de fièvre. Rendez-vous est pris avec les chirurgiens pour faire une biopsie ganglionnaire. Le chloramphénicol est associé au traitement en cours, suivant les indications de l'antibiogramme.

Au 43 me jour : apparition d'un syndrome de Claude Bernard Horner; les groupes ganglionnaires diminuent de volume. On sursoit à la biopsie. Au 52ème jour : la tuméfaction est encore volumineuse; le syndrome de Cl. Bernard Horner a disparu. Les clichés montrent une nette diminution de l'épaisseur de l'espace pré-vertébral même avec un cliché pris en expiration.

Après un mois d'antibiotiques, il existe toujours une déviation en masse du voile et de la paroi latérale du pharynx en avant et vers la ligne médiane le volume de cette masse est celle d'un oeuf de pigeon.

Les ganglions cervicaux sont petits et mobiles; le traitement antibiotique est arrêté. On institue un traitement continu de vitamine B12, 1000 γ par jour (Bodian).

Après 2 mois de traitement. Diminution notable de cette tuméfaction que l'on retrouve par la palpation profonde de la région cervicale.

Le 28 Juin : après 4 mois d'hospitalisation, l'état local est presque normal.

En conclusion : Abcès rétropharyngé dont les syndromes clinique et biologique s'ils étaient évidents au début, ont été profondément modifiés par le traitement antibiotique jusqu'à simuler une tumeur non inflammatoire.

COMMENTAIRES DE NOS OBSERVATIONS

Ce nouvel aspect des abcès rétropharyngés traités par les antibiotiques mérite quelques réflexions.

L'état général fort bien conservé, la dysphagie légère, la dyspnée non particulière aux abcès rétropharyngés mais à un encombrement mécanique quel qu'il soit, l'évolution sans fièvre sont autant d'arguments qui n'évoquent nullement un abcès rétropharyngé.

L'adénopathie cervicale satellite prend très vite un type tumoral qui dans un cas a fait demander une biopsie chirurgicale. La temporisation heureuse a évité le geste qui n'était tout de même pas anodin.

Le volume de la tuméfaction rétropharyngée évolua très lentement vers la régression surtout dans l'observation n° 2, les histiocytes, les polynucléaires et les macrophages aidés des antibiotiques se chargent de nettoyer ce foyer avec beaucoup de lenteur. Cette tuméfaction devient dure; la palpation ne permet pas de percevoir le choc en retour que tous les auteurs ont décrit.

Un syndrome de Claude Bernard Horner fugace survint dans l'observation n° 2; nous ne l'avons pas vu décrit dans aucune autre observation d'abcès rétropharyngé.

Les ponctions ne ramènent pas à proprement parler du pus; mais une goutte épaisse d'un liquide sanglant dont la culture permet d'isoler un staphylocoque doré.

N'aurions-nous pas pu arriver à un diagnostic précoce et par là même, à une thérapeutique efficace par l'incision chirurgicale de la tuméfaction ? Nous l'avons vu le geste est dangereux. De plus les injections locales d'antibiotiques et de corticoïdes, qui donnent de si brillants résultats dans le traitement des adénites externes, sont impossibles ici.

L'épreuve thérapeutique apporta cependant la certitude que nous attendions, en permettant d'éliminer les différentes hypothèses tumorales.

En effet, avant d'aboutir au diagnostic d'abcès, nous avons recherché les autres étiologies possibles.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La question semble inutile pour tous les auteurs, sauf deux.

GUTHRIE écrit " Un lymphosarcome de la région rétropharyngée peut simuler un abcès, mais il est beaucoup plus rare". Il n'en a pas vu.

RAINER cite : "L'ostéomyélite des vertèbres cervicales, kyste congénital et malformation"... Mais il pense au grand enfant et à l'adulte.

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de retrouver 4 étiologies possibles:

1 - Lipome
2 - Lymphosarcome
3 - Lymphangiome kystique
4 - Sympathoblastome.

Le caractère unique de ces observations nous incite à rapporter brièvement chacune d'elles.

A - LIPOME RETROPHARYNGE CHEZ UNE FILLE DE 3 MOIS (Mac Farland,

C'est une fille agée de 3 mois qui est hospitalisée au Royal Liverpool Hospital pour une dyspnée existant depuis 6 semaines et une apnée d'1/2 minute. Son appétit était faible, elle respirait par la bouche et elle perdait du poids.

A l'hôpital elle mangeait lentement et avec beaucoup de difficultés. Une radiographie de la colonne cervicale ne montra rien d'anormal.

La numération des globules blancs montra une leucocytose.

L'examen du pharynx permit de découvrir une tuméfaction du côté droit du pharynx. Elle suggéra le diagnostic d'abcès rétropharyngé.

Au toucher, la masse semblait dure.

Intervention : après une anesthésie légère à l'éther, la tuméfaction est incisée. Il ne s'écoula aucun pus.

4 jours après le pharynx est à nouveau examiné : à travers l'incision on voit une masse encapsulée de tissu jaune blanchâtre qui saille dans le pharynx. La masse a été enlevée par la voie interne comme une amygdale et l'incision a été fermée avec un catgut.

La convalescence a été rapide, l'appétit revint et le poids grimpa rapidement.

Histologie : la tumeur mesurait 3 cm 2 sur 2,5 cm. C'était une masse irrégulière de tissu gras avec un tissu celluleux de soutien; elle était enfermée dans une capsule fibreuse comme un simple lipome.

B - SARCOME DU NASO PHARYNX CHEZ UN NOURRISSON FAISANT CROIRE A UN ABCES RETROPHARYNGE (Pushkin).

Un garçon de trois semaines est hospitalisé pour dyspepsie et hypotrophie. Aucun antécédent familial particulier. Première grossesse à terme; poids de naissance : 3.200 gr.

Les premiers symptomes sont présents une dizaine de jours avant l'hospitalisation : constipation opiniâtre et vomissements. L'enfant s'allaite difficilement, il est très affaibli. Le poids est pourtant stationnaire. Les deux jours qui précèdent l'hospitalisation voient l'aggravation des symptomes avec dyspnée et cornage.

A l'arrivée à l'hôpital : ce nourrisson est sous-alimenté, sa peau est en mauvais état parsemée d'éléments de pyodermite. Il est cyanosé, la dyspnée est nette; il refuse toute alimentation. Sa gorge est rouge, ses amygdales sont oedématiées. La langue est sèche, et blanche; une adénopathie sous-maxillaire est notée; les bruits du coeur sont sourds. Il existe des râles pulmonaïres intermittents; le ventre est légèrement balloné; les viscères sont normaux; la température est à 37°8.

L'auteur, O.R.L., est appelé en consultation : il découvre une tuméfaction de forme allongée verticalement grosse comme une prune située à gauche de la ligne médiane derrière la paroi postérieure du pharynx qui est hyperhémiée; l'infiltration est dure, il n'y a pas la moindre fluctuation. L'amygdale gauche, fortement oedématiée, apparait nettement dans la gorge. La respiration est difficile; le carrefour pharyngo-laryngé est libre, seule la glotte est déplacée vers la droite.

On note un gros paquet de ganglions lymphatiques sous angulo-maxillaire gauche recouvert d'une peau légèrement rouge.

L'otoscopie gauche montre un tympan opaque. Le conduit auditif est rétréci. Il n'y a pas d'inflammation visible.

Le diagnostic a été celui d'abcès rétropharyngé mais la dureté et le manque de fluctuation font envisager:

1 - Soit un phlegmon profond du cou

2 - Soit une tumeur du rhino-pharynx.

La décision va appartenir au chirurgien consulté. Ses constatations sont les suivantes : adénopathies cervicales gauches. L'examen local de la tuméfaction fait penser à un abcès rétropharyngé.

L'incision de l'abcès s'effectua classiquement : il n'y eu pas issue de pus, seulement un saignement insignifiant.

L'évolution confirma alors le diagnostic de tumeur maligne à développement rapide, inopérable à cet âge. La localisation indique un lymphosarcome. La tumeur s'agrandit rapidement, l'enfant mourut bientôt de dyspnée et de collapsus cardio-vasculaire.

Etude anatomique : masse rétro et latéro pharyngée formée de ganglions lymphatiques entourés d'une infiltration hémorragique.

Etude histologique : elle montra un sarcome à cellules rondes. Il n'y avait aucune réaction du stroma des ganglions lymphatiques.

C - LYMPHANGIOME KYSTIQUE (Stadler)

Il s'agit d'un enfant né le 17 Mai 1950 pesant 2.900 gr.

1 - A 3 mois, il présente une trachéite aiguë traitée par la pénicilline.

2 - A 5 mois, il présente un stridor inspiratoire, sans fièvre sans rhino-pharyngite.

3 - A 10 mois en même temps qu'une fièvre il présente une adénite cervicale généralisée. La pénicilline agit très bien et le stridor disparut. Après 5 jours de traitement il persista une masse rétropharyngée à gauche de la ligne médiane.

Il est hospitalisé; Hématies : 3.600.000 - Leucocytes : 8.400 - Radiographie du crâne normale.

La radiographie de la colonne cervicale montra :

1 - L'épaississement des tissus mous rétropharyngés avec déplacement en avant du segment laryngo-trachéal.

2 - une rectitude de la colonne cervicale;

3 - une légère cyphose cervicale de C2 à C5.

La laryngoscopie permet d'examiner avec facilité la paroi postérieure du pharynx, poussée en avant par une masse molle; ce point le plus saillant est au niveau de la région aryténoïdienne. Elle produit une obstruction partielle par accolement avec l'épiglotte.

La ponction ramène 3 cc de liquide sanglant ne coagulant pas.

Cytologie : leucocytes et lymphocytes. Il n'y a pas de germe a l'examen direct. La culture isole un staphylocoque doré.

Il sort de l'hôpital après 20 jours.

A 11 mois 1/2, il est hospitalisé à nouveau car il ne mange pas, il perd du poids et le stridor persiste. Les signes physiques sont inchangés. L'intervention est décidée après anesthésie à l'éther, par voie externe et incision transverse au niveau du cartilage cricoïde.

On rencontre des ganglions lymphatiques très augmentés de volume, ils sont enlevés. Enfin un lymphangiome kystique avec de multiples ramifications elles aussi kystiques. Elles s'étendaient en bas jusqu'au dôme pleural, elles étaient adhérentes au canal lymphatique thoracique. En dehors, elles s'immiscaient entre artère carotide et veine jugulaire. L'excision du kyste le plus important et des plus petits a donné lieu à l'issue d'une petite quantité de liquide sanglant.

L'enfant sort de l'hôpital à l'âge de 12 mois. Revu à 18 mois il va bien, il a repris un poids normal pour son âge.

COMMENTAIRES

Signalons d'abord que nous n'avons retenu que la dénomination de lymphangiome kystique parmi les nombreuses appellations rencontrées aussi bien dans les publications européennes qu'américaines, pour cette affection très individualisée.

Il nous a semblé fort intéressant de rappeler succintement l'embryologie et l'histologie de cette affection, pour en comprendre la nature et l'évolution clinique.

a - Embryologie

A la 6ème semaine, se développe le système lymphatique. Il est né soit directement des cellules du mésenchyme soit de bourgeons cellulaires issus des ébauches veineuses cervicales. A partir des sacs lymphatiques ainsi nés des excroissances formeront les canaux lymphatiques du cou. Le lymphangiome kystique serait soit une persistance anormale de ces sacs lymphatiques,

ou bien la migration aberrante de cellules issues de ces sacs lymphatiques et qui se comporteront comme des canaux lymphatiques borgnes, devenus kystes au cours de la croissance.

b - Histologie

Une paroi mince formée d'une seule couche d'endothelium secrétant caractéristique du tissu lymphatique.

Un contenu liquide de composition identique à la lymphe.

c - Evolution

Ces kystes s'aggrandissent progressivement et assez vite, ce qui explique leur découverte assez rapide après la naissance, compte-tenu de leur localisation : découverte tardive d'une localisation abdominale, découverte précoce d'une localisation cervicale.

Ces kystes ont une tendance particulière à l'infection; ce peut être le tableau de l'observation de Stadler ou bien le tableau d'une souffrance péritonéale aiguë dans la localisation abdominale.

Ces kystes sont rarement uniques, ils forment le plus souvent une famille dont les membres sont indépendants les uns des autres.

Leur localisation rétropharyngée ne doit pas être exceptionnelle bien que nous n'en trouvions qu'un cas rapporté. Par exemple : Figi, sur 13 cas rapportés en cite un qui repoussait la paroi latérale du pharynx, il le cite sans le décrire.

Le diagnostic de lymphangiome kystique rétropharyngé est difficile. On pourrait pourtant l'évoquer devant une tuméfaction molle dont les signes cliniques s'extériorisent mal, qui contient un liquide séreux légèrement sanglant. C'est aussi une tuméfaction polylobée, molle, dont les prolongements

peuvent être nombreux et adhérents aux organes et aux vaisseaux qu'elle cotoie. Elle est aussi progressivement croissante s'extériorisant parfois au niveau de la partie moyenne du Sterno-cleido-mastoïdien.

Mais c'est une tumeur qui, lorsqu'elle se complique d'infection prend exactement l'allure d'un abcès rétro-pharyngé.

D - SYMPATHOME CERVICO-THORACIQUE

OBSERVATION N° 3 (Service du Professeur M. LELONG (Hôpital Saint-Vincent de Paul).

R... Jean-Pierre est vu à l'âge de 3 mois car depuis sa naissance sa respiration est bruyante et parfois irrégulière et qu'il se cyanose à l'occasion des tétés. Ces troubles s'accentuent progressivement et sont devenus permanents.

A l'examen : les troubles respiratoires sont évidents. La dyspnée est importante et bruyante et s'accompagne de cornage inspiratoire avec tirage intercostal, sus-sternal et sus-claviculaire. Cette dyspnée est maxima en décubitus dorsal. Elle s'atténue en décubitus ventral ou lorsqu'on lui ferme la bouche en soulevant le menton. Il n'y a pas de cyanose, pas de fièvre; son pannicule adipeux est satisfaisant; l'examen clinique du thorax est normal. Le diagnostic de glosso-ptose est évoqué un instant; mais l'examen clinique et radiographique découvre deux causes, capables d'expliquer cette dyspnée : d'une part une tumeur rétropharyngée, d'autre part une tumeur médiastinale antérieure.

L'examen clinique du pharynx, pratiqué dans de très bonnes conditions d'éclairage et de contention, montre une paroi postérieure asymétrique : elle bombe dans sa moitié droite, la muqueuse parait normale. Au toucher, la consistance de cette voussure parait assez ferme. Cette masse est d'autre

part visible sur les radiographies cervicales prises strictement de profil : elle est située en avant du plan prévertébral et repousse en avant la paroi postérieure du pharynx, elle est épaisse de 15 mm. La laryngoscopie directe découvre une asymétrie du larynx. Ces constatations font évoquer un abcès rétropharyngi en; mais cette hypothèse est peu plausible. En effet, il n'existe aucun antécédent infectieux, aucun dénivellement thermique. Les formules sanguine et leucocytaire sont normales. Une ponction ne ramène qu'une sérosité dont l'examen cytologique n'est pas concluant.

La radiologie permit de découvrir la tumeur thoracique. Sur les clichés de face c'est une ombre arrondie comblant l'angle thymocardiaque gauche. Sa limite extérieure apparait curviligne. Les clichés de profil montrent que cette masse comble le 1/3 supérieur de l'espace clair rétrosternal.

S'agit-il d'une hypertrophie thymique ou bien les deux tumeurs ont-elles une même nature ?

A titre d'épreuve un traitement radiotherapique est entrepris sur la tumeur thoracique (540 r). Les signes fonctionnels disparaissent : dyspnée, tirage et cornage. L'image thoracique a disparu. La tumeur cervicale est inchangée.

Un mois après l'arrêt de la radiothérapie, au 8ème mois de la vie, l'opacité thoracique réapparait de forme et de volume identique. Cette récidive fait considérer cette tumeur de plus en plus comme d'origine néoplasique, la persistance et l'augmentation de volume de la tumeur pharyngée plaident en cette faveur.

Elle s'étend en effet de la base du crâne à l'orifice supérieur du thorax; son épaisseur au niveau de la deuxième vertèbre cervicale est de 26 mm. De plus un syndrome de Claude Bernard Horner s'installe du côté droit.

L'ablation de la tumeur cervicale est décidée après vérification de l'intégrité osseuse et médullaire. Le clivage de la tumeur est relativement facile; les ganglions sous angulo-maxillaires sont extirpés bien que macroscopiquement normaux. (Docteur PETIT).

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sympathome très différencié, tumeur maligne d'origine dysembryoplasique. Les ganglions sont normaux (Nézelof).

Un traitement radiothérapique est entrepris sur deux champs thoraciques (500 r) et sur la région cervicale (600 r).

L'opacité thoracique disparaitra complètement; la tumeur cervicale ne réapparaitra pas.

R... Jean-Pierre a été revu en Juin 1962, il a 13 ans. Nous avons un recul de 12 ans. Il est en parfaite santé.

COMMENTAIRES

A - Si les sympathomes cervicaux représentent seulement environ 2 % de l'ensemble des sympathomes, il n'empêche pas qu'ils soient dépistés plus précocément que les autres localisations.

En effet, la déformation qu'ils entrainent est plus facilement visible et elle attire l'attention. Or, dans notre observation la tumeur ne fut dépistée que trois mois après le début des signes fonctionnels qui furent notés dès la naissance. C'est dire et nous ne manquerons pas de le souligner, une autrefois qu'il est difficile d'observer avec soin la paroi postérieure du pharynx.

B - Dans les publications nous n'avons trouvé aucun autre sympathome ayant eu une expression rétro ou latéro pharyngée. Ils doivent exister, et ne sont découverts que lorsqu'ils déforment la région cervicale (Delaquerrière - Despont) et au cours de la 2ème enfance.

C - Tous les auteurs le soulignent : le diagnostic positif du sympathome est avant tout histologique. La clinique et la radiographie n'apportent que des présomptions qui sont consolidées par l'argument de fréquence et de localisation. C'est dire de toute façon la nécessité de l'exérèse chirurgicale précédée de radiothérapie de toute tumeur dure découverte chez l'enfant.

D - Nous n'avons pas encore parlé des examens biologiques susceptibles d'apporter un argument décisif à un diagnostic douteux. Il semble dans l'état actuel des recherches qu'il soit possible, par le dosage de l'acide 3 méthoxy 4 hydroxymandélique (AMHM) dans les urines d'affirmer, en cas d'augmentation, l'existence d'une tumeur sécrétante de cellules du système nerveux sympathique (Greenberg - Käser).

L'expérience des auteurs dans leurs publications est encore assez restreinte mais parait pleine de promesses.

L'A.M.H.M. dérive du métabolisme des catécholamines provenant en quantité relativement importante des phéochromocytomes et des tumeurs issues de cellules du système nerveux sympathique.

Ce dosage rapporté au dosage de la créatinine par 24 heures est assez bien codifié maintenant. Son intérêt est triple :

1 - Diagnostic différentiel des tumeurs de type inconnu chez l'enfant.
2 - En l'absence de phéochromocytome cliniquement décelable, l'augmentation pathologique de l'A.M.H.M. est en faveur d'une tumeur sympathique sans expression clinique.

3 - Intérêt pronostic ; après un traitement radiothérapique et chirurgical, l'augmentation de l'A.M.H.M. est en faveur de métastases en évolution dont la découverte est faite ainsi très précocément; avant toute expression clinique.

Ce dosage a été pratiqué dans nos deux observations par le Docteur Kaïser de Berne (Clinique pédiatrique), que nous remercions, il a montré des chiffres absolument normaux et nous a été très précieux.

CONCLUSIONS

Chez le nourrisson l'abcès rétro-pharyngé constitue de loin la cause la plus fréquente de tuméfaction rétro-pharyngée.

Mais le diagnostic d'abcès rétro-pharyngé est fait souvent très tard, car il est difficile d'observer la paroi postérieure du pharynx chez le nourrisson.

Surtout l'usage des antibiotiques a transformé complètement le tableau clinique, l'évolution et la fréquence des abcès rétro-pharyngés en agissant au stade pré-suppuratif de l'infection. De nombreux cas d'adénite et d'abcès rétro-pharyngé méconnus ont sûrement été guéris par les antibiotiques sans qu'on en fasse le diagnostic. De plus les antibiotiques employés à doses insuffisantes transforment souvent la symptomatologie, refroidissent l'abcès sans toutefois le faire disparaître. Cet abcès simule alors n'importe quelle tumeur et n'est pas toujours facile à reconnaître.

Ces tumeurs dures de la région sont rarissimes, nous avons cependant retrouvé des observations de lymphosarcome, lipome, lymphangiome kystique et sympathoblastome.

Le traitement des abcès rétro-pharyngés semble à l'heure actuelle essentiellement médical, sauf s'il existe une tuméfaction collectée et fluctuante. Les antibiotiques à hautes doses permettent presque toujours la régression. Mais le traitement doit être suffisamment intense et prolongé. Peut-être les corticoïdes associés permettent-ils de raccourcir l'évolution vers la guérison.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. JULIEN MARIE

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. Léon BINET

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie :

Pr. J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

AUBRY

Différents types d'Abcès rétro-pharyngés.
43 page 1736-1935

BODIAN

129Neuroblastomes, Traitements.
Ped clin. of Nor. Amer,
Vol. 6 - N°2 449-472

BOURGEOIS

Grave abcès rétropharyngé dû au B.C.G.
An ORL - 71 - 424 - 1954

CLARK

Abcess in an infant of 6 weeks, complicated by pneumonie et osteomyelite. Recovery Pediatrics 53, 417, 19, 1936.

DEERING

- Les abcès rétropharyngés.
J.A.M.A. 118 - 1171 - 1942

DELAQUERRIERE

Anatomo-clinical study of the sympathoma
Un. Med. Can. 89, 8, 976-997 - 1960

DESPONT

Sur un cas de maladie de Recklinghausen révélée par une tumeur rétro-pharyngée.
Ar. Fr. Ped XVI page 1370 - 10 - 1959

FIGI

Traitement radiothérapique des lymphangiomes kystiques.
Am. J. of Ront 21, 473 - 480 1929

FLEMING

Dublin. J. Med. Sc. 17 - 41 1840

GILLETTE

Thèse Paris 1867
Anatomie des lymphatiques rétropharyngés.

GREENBERG

Congrès inter de Ped. 1959

GREENWALD

Retropharyngeal abcess
Am. J. of the Med. Sc. 117, 767, 1929

GROS FARBER

217 cas de sympathoblastome
Pediatrics 23 N°6 1959

GUTHRIE

Brit. Med. J. 2, 1174, 1926
Causes des abcès rétropharyngés.

HERMAN

Recurrent retropharyngeal abcess
Lancet Journal 79, 240, 1959

HIPPOCRATE

Trad. Littré Tome I "Le Pronostic"
Baillere et fils - Edit. 1923

IGLAUER

Arc. of otol. 33, 31-44 1941
Study of retropharyngeal space.

IRA-FRANCK

Complications vasculaires des Abcès rétropharyngés.
J.A.M.A. 77 - 517 1921

JOSEPH

Sympathome cervico-thoracique chez un nourrisson, exérèse chirurgicale.
1821 - T. II N°27 - 1952 la rev. du Prat.

KASER

Am. dis of child 102 - 199 - 1961

KLOS

Therapeutiques des A.R.P.
Otolaryngologicke kliniky 28 - 342 - 1948

KOSTIC-JOKSIC

2 cas d'A.R.P. chez des nourrissons de 4 et 6 mois dûs au B.C.G. per os.
Tuberculosa Beograd 1, 61-62, 1953

LEMARIEY

O.R.L. infan. Masson 1956
Les Annales d'O.R.L. p. 347 - 1950

LIFSHUTZ

Complicat. des A.R.P.
Ar. Otol. 14, 149, 1931

MAC FARLAND

Retropharyngeal lipome
The Lancet 1, 327, 1948

MAC KENZIE

Man. of dis. of the nose and throat 2 - 39 - 1880

MERCIER

Diagnostic des A.R.P. et des abcès par congestion.
Rev. mens. des mal. de l'enfant. 1, 308 - 313 - 1883

PUSHKIN

Sarcome rétropharyngé chez un nourrisson simulant un A.R.P.
Ztschr. fur. Hals, nasen, ohren 32 - 467 - 470 - 1933

RAINER

Les A.R.P.
J. Laryng. and otol. 64, 252, 1950

RHETT-RATHBONE

Am. J. of Rontg. 43/1 25 - 29 1940
Radiographie de l'espace rétropharyngé.

RICHARDS

Les Abcès Rétro-pharyngés
New-Engl. J. of Med. 215, 1120, 1936

SACHNINE

Réflexions sur quelques cas de mort subite dans l'Abcès rétropharyngé au moment de l'examen ou de l'intervention.
Thèse Paris N°71 1935

SAWYER

The cystic Hygroma
Arch Surg. 63, 83-91, 1951

STADLER

A retropharyngeal tumor simulating an angiomatous growth.
Journal of Ped. 41, 100-103 1952

TOWNSEND-ROWE

Pediatrics 10 - 567, 574 - 1952

TOWNSEND

Jour of dis of child 97, 308-311, 1956
Retropharyngeal abcess.

TRUFFERT

Monog ORL N°15
"Les Abcès rétropharyngés".

VAUGHN

Am. Med. J. of dis of chil. 43, 149-158, 1934
The cystic Hygroma.

WEINTRAUB

Pathologie clinique des A.R.P. du nouveau-né.
Arch of otol. 33, 1-31, 1941.

JOSEPH

Sympathome cervico-thoracique chez un nourrisson, exérèse chirurgicale.
1821 - T. II N°27 - 1952 la rev. du Prat.

KASER

Am. dis of child 102 - 199 - 1961

KLOS

Therapeutiques des A.R.P.
Otolaryngologicke kliniky 28 - 342 - 1948

KOSTIC-JOKSIC

2 cas d'A.R.P. chez des nourrissons de 4 et 6 mois dûs au B.C.G. per os.
Tuberculosa Beograd 1, 61-62, 1953

LEMARIEY

O.R.L. infan. Masson 1956
Les Annales d'O.R.L. p. 347 - 1950

LIFSHUTZ

Complicat. des A.R.P.
Ar. Otol. 14, 149, 1931

MAC FARLAND

Retropharyngeal lipome
The Lancet 1, 327, 1948

MAC KENZIE

Man. of dis. of the nose and throat 2 - 39 - 1880

MERCIER

Diagnostic des A.R.P. et des abcès par congestion.
Rev. mens. des mal. de l'enfant. 1, 308 - 313 - 1883

PUSHKIN

Sarcome rétropharyngé chez un nourrisson simulant un A.R.P.
Ztschr. fur. Hals, nasen, ohren 32 - 467 - 470 - 1933

RAINER

Les A.R.P.
J. Laryng. and otol. 64, 252, 1950

RHETT-RATHBONE

Am. J. of Rontg. 43/1 25 - 29 1940
Radiographie de l'espace rétropharyngé.

RICHARDS

Les Abcès Rétro-pharyngés
New-Engl. J. of Med. 215, 1120, 1936

SACHNINE

Réflexions sur quelques cas de mort subite dans l'Abcès rétropharyngé au moment de l'examen ou de l'intervention.
Thèse Paris N°71 1935

SAWYER

The cystic Hygroma
Arch Surg. 63, 83-91, 1951

STADLER

A retropharyngeal tumor simulating an angiomatous growth.
Journal of Ped. 41, 100-103 1952

TOWNSEND-ROWE

Pediatrics 10 - 567, 574 - 1952

TOWNSEND

Jour of dis of child 97, 308-311, 1956
Retropharyngeal abcess.

TRUFFERT

Monog ORL N°15
"Les Abcès rétropharyngés".

VAUGHN

Am. Med. J. of dis of chil. 43, 149-158, 1934
The cystic Hygroma.

WEINTRAUB

Pathologie clinique des A.R.P. du nouveau-né.
Arch of otol. 33, 1-31, 1941.

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9(